SISTEMA SANITARIO REGIONALE
ASL FROSINONE

REGIONE LAZIO

AZIENDA SANITARIA LOCALE DI FROSINONE

Via A. Fabi - Codice Fiscale e Partita Iva n° 01886690609

SI RENDE NOTO

È indetto Avviso per la formulazione di un elenco di professionisti disponibili a rendere per un periodo di mesi sei, eventualmente prorogabili, ***PRESTAZIONI PROFESSIONALI OCCASIONALI MEDIANTE CONFERIMENTO DI INCARICO INDIVIDUALE CON CONTRATTO DI LAVORO AUTONOMO***, ai sensi dell'art.7, comma 6, del D.Lgs. n.165/2001 e s.m.i., giusta autorizzazione regionale prot. n. U0201538 del 19/2/2025, per la copertura di n. 2 posti di Medico specialista in Malattie Infettive o equipollente.

E' previsto il recesso anticipato con preavviso di gg. 15, qualora l'Azienda riesca a garantire il corretto svolgimento del servizio in argomento mediante misure alternative comportanti una riduzione dei costi, e comunque i contratti si intenderanno automaticamente risolti all'atto delle assunzioni a tempo indeterminato a seguito del concorso pubblico per n. 2 posti Dirigente Medico Disciplina Malattie Infettive in corso di indizione.

Per dette prestazioni, il cui compenso orario è quantificato in € 60,00, verranno stipulati contratti di diritto privato a seguito di procedura comparativa, della durata di mesi sei eventualmente prorogabili, salvo le ipotesi di recesso/risoluzione su descritte, ai sensi del citato art.7, comma 6 del D.Lgs. n.165/2001 e s.m.i..
L'avviso è rivolto a professionisti ***non dipendenti di Enti* ed *Aziende Pubbliche***, in possesso di Partita IVA e di polizza assicurativa di responsabilità individuale verso terzi.
È garantita la parità e la pari opportunità tra uomini e donne per l'accesso al lavoro così come stabilito dal D.P.R. n.483 del 10.12.1997 e dagli artt. 33 e 57 del D.Lgs. n.165/2001.

REQUISITI GENERALI E SPECIFICI DI AMMISSIONE

I requisiti generali e specifici di ammissione, di seguito elencati, sono quelli previsti dagli artt. 1 e 24 del D.P.R. n. 483 del 10.12.1997:

- Cittadinanza Italiana, salve le equiparazioni stabilite dalle leggi vigenti, o cittadinanza di uno dei Paesi dell'Unione Europea, in caso di equiparazione o cittadinanza di altro Paese dell'Unione è richiesta ottima conoscenza della lingua italiana;
- Idoneità fisica all'impiego e alle mansioni della posizione bandita;
- Non essere stati esclusi dall'elettorato attivo, nonché dispensati o destituiti dall'impiego presso Pubbliche Amministrazioni o interdetti dai Pubblici Uffici in base a sentenza passata in giudicato;
- Non essere dipendente di Aziende ed Enti Pubblici;
- Laurea in Medicina e Chirurgia;

- Specializzazione in Malattie Infettive o equipollente;
- Iscrizione al relativo Ordine Professionale.

MODALITÀ DI PARTECIPAZIONE E SVOLGIMENTO DELLA SELEZIONE

L'iscrizione al corrispondente albo professionale di uno dei Paesi dell'Unione Europea consente la partecipazione, fermo restando l'obbligo dell'iscrizione all'albo in Italia prima dell'incarico.
Tutti i suddetti requisiti devono essere posseduti, pena di esclusione, alla data di scadenza del termine stabilito per la presentazione dell'istanza di partecipazione: 15 gg dalla pubblicazione nella sezione Bandi e Concorsi del sito internet aziendale www.asl.fr.it.

Successivamente alla scadenza, verrà costituita una Commissione per la valutazione comparativa dei curricula.

Saranno ritenuti valutabili i titoli relativi all'esperienza professionale attinenti all'incarico da conferire e, preferibilmente, eventuali esperienze lavorative, tirocini e pubblicazioni nell'ambito specifico.

Le comunicazioni ai candidati verranno effettuate tramite pubblicazione sul sito aziendale www.asl.fr.it – sezione Bandi e Concorsi.

La domanda di partecipazione alla procedura comparativa (utilizzare schema domanda allegato) corredata da *curriculum vitae* datato e firmato e dal documento di identità in corso di validità, dovrà pervenire all'indirizzo PEC risorseumane@pec.aslfrosinone.it specificando nell'oggetto "***Avviso Pubblico per prestazioni occasionali libero professionali – Medico di Malattie Infettive***", a partire dalla pubblicazione del presente avviso sul portale www.asl.fr.it - sezione Bandi e Concorsi - entro i 15 gg. successivi.

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO
(Dott.ssa Sabrina Pulvirenti)

Modello domanda

Al Commissario Straordinario
Azienda Sanitaria di Frosinone

__l__ sottoscritt_____nato a _____(____)

Il_____, residente in _____ Via _____

Tel_____ mail/pec_____

Chiede di essere ammess__ a partecipare all'Avviso Pubblico per la formulazione di un elenco di professionisti disponibili a rendere prestazioni occasionali mediante conferimento di incarico individuale con contratto di lavoro autonomo per le esigenze della UOC Malattie Infettive della ASL di Frosinone.

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci e della conseguente decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato (ai sensi degli artt. 46, 47, 75 e 76 del DPR 445/2000), dichiara sotto la propria responsabilità:

- Di essere in possesso della Cittadinanza italiana, o cittadinanza in uno dei Paesi dell'Unione Europea ovvero di altra nazionalità con il possesso dei requisiti di cui all'art. 38 D.Lgs n.165/2001 e s.m.i..
- Di essere iscritt_ nelle liste elettorali del comune di _____;
- Di avere l'Idoneità fisica all'impiego e alle mansioni della posizione bandita;
- Di non aver riportato condanne penali o di avere procedimenti penali in essere, se sì dichiarare quali_____;
- Di non essere dipendente di Aziende ed Enti Pubblici;
- Di essere in possesso della Laurea in Medicina e Chirurgia, conseguita il_____ presso _____, con votazione_____;
- Di essere iscritt_ al corrispondente albo professionale della Provincia di_____ al n._____;
- Di avere la specializzazione nella disciplina_____;
- Di essere possessore di Partita Iva n°_____ e di una polizza assicurativa di responsabilità individuale verso terzi;
- Di autorizzare il trattamento dei dati personali presenti nel *curriculum vitae* ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 e del GDPR (Regolamento UE 2016/679).

Allego alla presente:
Curriculum formativo professionale datato e firmato e fotocopia del documento identità.

Data_____

Firma_____